Vida Obligatorio-Dec.1567/74

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

CLIENTES ADICIONALES

Tomador

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL CUIT: 30-65255052-1
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones) - ARGENTINA

DESCRIPCIÓN DEL RIESGO ASEGURADO

Seg. Vida Obligat.(D.1567/74) - Personas aseguradas según anexo adjunto.
Período facturado: desde el 1/1/2023 hasta el 1/2/2023
Prima: $ 3.758,21 Derecho de emisión: $ 25,00

CB164A9C914A098595976F432241416/2325336

C.U.I.C.:*CB164A9C914A098595976F432241416/2325336*

COBERTURAS

Cobertura	Suma asegurada
• Muerte	**$ 18.331.500,00**

ANEXOS Y CLÁUSULAS

• **Anexo (Condiciones Generales)**

Reglamento del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio para trabajadores en relación de dependencia Decreto N° 1567/74, según Resolución N° 39.766 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

DEL SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO DECRETO N° 1567/74
Artículo 1°. OBJETO
El Seguro Colectivo de Vida Obligatorio previsto en el Decreto N° 1567/74 cubre el riesgo de muerte e incluye el suicidio como hecho indemnizable, sin limitaciones de ninguna especie, de todo trabajador en relación de dependencia, cuyos empleadores se encuentren o no obligados con el Sistema Único de la Seguridad Social.

Artículo 2°. EXCLUSIONES
Quedan excluidos de esta cobertura:
a) Los trabajadores rurales permanentes amparados por la Ley N° 16.600;
b) Los trabajadores contratados por un término menor a un mes.

Artículo 3°. PRESTACIÓN
La prestación establecida por el Decreto N° 1567/74 es independiente de todo otro beneficio social, seguro o indemnización de cualquier especie que se fije o haya sido fijada por ley, convención colectiva de trabajo o disposiciones de la seguridad social o del trabajo.
Los trabajadores en relación de dependencia que presten servicios para más de un empleador,sólo tendrán derecho a una sola prestación del seguro.
La contratación del seguro queda a cargo y es obligación del empleador ante el que el trabajador cumpla la mayor jornada mensual laboral, y en caso de igualdad, quedará a opción del trabajador.

Artículo 4°. CONTRATACIÓN DEL SEGURO
Las pólizas de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, autorizadas a las entidades, serán tomadas por los empleadores en cualquier entidad aseguradora, que se encuentre inscripta en el Registro Especial de carácter público que lleva la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (SSN).

Artículo 5°. PRIMA - SUMA ASEGURADA - VARIACIÓN DE CAPITAL ASEGURADO - AJUSTE DE PRIMAS
El costo del seguro estará a cargo del empleador.

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por “Grupo Sancor Seguros”. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

La suma asegurada, las primas y los conceptos que de ellos se derivan, deben expresarse en moneda de curso legal.
Prima.
La prima se fija en PESOS DOSCIENTOS CINCO MILÉSIMOS ($ 0,205) mensuales por cada PESOS MIL ($ 1.000).
Suma asegurada.
La suma asegurada será equivalente a la de 5,5 Salarios Mínimos Vitales y Móviles (SMVM).
Dicha suma se ajustará anualmente conforme al último SMVM publicado al mes de diciembre de cada año. La suma asegurada que resulte de la actualización anual entrará en vigencia a partir del 1° de marzo del año siguiente. La SSN comunicará anualmente con la suficiente antelación la misma, tanto a las Entidades Aseguradoras autorizadas para su correcta emisión y endosos de pólizas que correspondan, como así también a la Administración Federal de Ingresos Públicos para la actualización del valor mensual de la prima individual en el sistema de declaración jurada (F.931) que utilizan los empleadores para el pago correspondiente de primas.

Artículo 6°. AUTORIZACIÓN PARA OPERAR EN LA COBERTURA
Para operar en la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, las entidades deberán estar expresamente autorizadas para operar en la Rama Vida, y solicitar su inscripción en el "Registro Especial de Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74", que lleva la SSN.
En los casos de transferencia de la Rama Vida o cesión de la cartera del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio Decreto N° 1567/74, las entidades cesionarias deberán contar con la pertinente inscripción en el Registro Especial del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
A los fines de la inscripción, las entidades acompañarán copia auténtica del Acta del órgano directivo que refleje la decisión de operar en la cobertura e informará la fecha y el número de Resolución de SSN que la autoriza a operar en la Rama Vida.

Artículo 7°. SOLICITUD DEL SEGURO - EMISIÓN DE LA PÓLIZA - NÓMINA DEL PERSONAL ASEGURADO
Solicitud del Seguro.
Las solicitudes de seguro que formulen los tomadores serán acompañadas de manera indefectible con:
a) Copia de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de la Seguridad Social (SUSS) o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", ambos a cargo de la Administración Federal de Ingresos Públicos (AFIP);
b) Constancia de baja de la cobertura correspondiente al período anterior, emitida por la aseguradora desde el sistema Kausay en caso de corresponder, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período. A partir del momento de inicio de la cobertura queda incluido en la misma todo el personal en relación de dependencia declarado al SUSS o el que figure en el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación".
Cuando el tomador empleador - contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social será su obligación comunicar a la aseguradora al momento de presentar la solicitud de seguro, el número de CUIL (Clave Única de Identificación Laboral) del personal asegurado y en caso de menores, el número de la cuenta de la Caja de Ahorro Especial, y mantener esta nómina actualizada con las altas y bajas producidas.
Emisión y entrega de Póliza - Fecha de inicio de vigencia
Las aseguradoras emitirán las pólizas en donde la fecha de inicio de vigencia sea coincidente con el primer día del mes calendario. Esto también es aplicable a las renovaciones.
Las entidades aseguradoras deberán entregar la póliza al tomador por un medio que permita comprobar su recepción dentro de los QUINCE (15) días de celebrado el contrato.
Dicha póliza deberá emitirse anualmente. Consignará en su frente superior el texto "Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74" y contendrá el número de registro y su fecha de emisión, el nombre, domicilio y demás datos personales del tomador, capital asegurado, prima vigente al inicio de la cobertura, plazo y condiciones de pago y riesgo cubierto, como así también, la Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC).
No obstante lo indicado precedentemente, los datos de las pólizas emitidas deberán exhibirse a través de la página web de la compañía a fin de que los empleadores-tomadores accedan de manera ágil y rápida a los mismos.

A los efectos de facilitar la información de los asegurados, el tomador de la póliza deberá exhibir un Afiche donde se indique:
a) Aseguradora donde se encuentre vigente la cobertura, domicilio, teléfonos y dirección electrónica;
b) Como mínimo, incluirá la información que se señala en el Anexo i) del presente;
c) Al pie se indicará que cualquier consulta o denuncia relativa a esta cobertura debe dirigirse a la SSN, con su dirección, teléfonos y dirección electrónica.
El arte del afiche deberá contemplar la uniformidad de medidas tipográficas y tener como mínimo un tamaño de SESENTA CENTÍMETROS (60 cm.) de alto por CUARENTA Y CINCO CENTÍMETROS (45 cm.) de ancho.
Este Afiche deberá ser provisto por la aseguradora conjuntamente con la entrega de la póliza. Las aseguradoras se encuentran obligadas a entregar los mismos de manera gratuita a todos los tomadores del seguro y a reponer los afiches para garantizar la exhibición en todo momento de al menos UN (1) afiche por cada establecimiento.
La exhibición del afiche es obligatoria por parte de los empleadores - tomadores del seguro, quienes expondrán al menos UNO (1) por establecimiento, en lugares destacados que permitan la fácil visualización por parte de todos los trabajadores. Asimismo los empleadores verificarán la correcta conservación de los afiches, solicitando la reposición a su aseguradora en caso de deterioro, pérdida o sustracción.
Es de exclusiva responsabilidad del empleador - tomador del seguro, cumplimentar todos los recaudos exigidos en la normativa.

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por “Grupo Sancor Seguros”. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Artículo 8°. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
Todo el personal asegurado tiene el derecho a designar beneficiarios.
La aseguradora deberá exigir al tomador que efectúe la comunicación, a los asegurados en orden al derecho de designar beneficiarios, para lo cual, dentro de los QUINCE (15) días de contratada la cobertura o de denunciada la incorporación del nuevo empleado, según corresponda, la aseguradora deberá proveer al tomador del seguro, por cada asegurado, el "Formulario de Designación de Beneficiarios", que como Anexo II) forma parte del presente.
En el "Formulario de Designación de Beneficiarios" que le proporcionará el empleador; el asegurado consignará, el lugar y la fecha e instituirá a las personas beneficiarias del seguro, determinando en su caso, la cuota parte que le asigna a cada uno de los beneficiarios designados, además del domicilio, tipo y número de Documento de Identidad y firma del asegurado.
En caso de no efectuarse designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, se estará a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241.
A efectos de acreditarse tales extremos se tomará en consideración la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) o similar emitido por la caja provisional respecto de la cual resultare aportante el fallecido.
El comprobante de Incorporación al seguro y de Designación de Beneficiarios debe ser debidamente completado por el Tomador y el Asegurado.
El Original y Duplicado quedará en poder del tomador quien presentará el Original a la aseguradora cuando reclame el pago del beneficio y el Triplicado será entregado por el tomador al empleado asegurado.
El asegurador que pagare conforme a lo establecido en el presente Artículo, queda liberado de toda responsabilidad frente al siniestro.

Artículo 9°. VIGENCIA - PERÍODO DE CARENCIA POR INICIO DE ACTIVIDAD-TRASPASO DE ASEGURADORA
Únicamente, en los casos de iniciación de actividades, el empleador tendrá TREINTA (30) días de plazo para tomar el seguro. Quienes tomen el seguro en el plazo indicado tendrán cubiertos los siniestros que se produzcan desde esa fecha. Vencido dicho plazo y no contratada la cobertura ésta regirá a partir de la hora CERO (0) del trigésimo primer día posterior a la solicitud del seguro.
Las aseguradoras al emitir las pólizas correspondientes por inicio de actividades de los empleadores, deberán tomar en consideración lo establecido en el Artículo 7° del presente Anexo.
En el caso en que el tomador hubiera contratado la cobertura del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 en una entidad aseguradora y:
a) Resolviera contratarla con otra, existiendo continuidad asegurativa no le alcanza el plazo de carencia mencionado en el presente artículo. En este caso, se deberán cumplimentar los requisitos establecidos en los Artículos 7° y 8° del presente Reglamento.
b) Durante la vigencia de la misma, decidiera cambiar de aseguradora y a fin de mantener la continuidad asegurativa, dicho cambio comenzará a regir a partir del día primero del mes calendario siguiente a la baja de la anterior cobertura. Para emitir la póliza, la nueva entidad aseguradora deberá exigir al tomador - empleador una constancia de baja de cobertura, emitida por la anterior aseguradora desde el Sistema Kausay, a fin de evitar que un mismo empleador posea más de una póliza vigente para un mismo período.
La responsabilidad del asegurador comienza a la hora CERO (0) del día en que se inicie la vigencia de la cobertura y finaliza a las VEINTICUATRO (24) horas del último día de vigencia estipulado.

Artículo 10. DERECHO DE EMISIÓN, GASTOS DE ADMINISTRACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE PARTICIPACIÓN A PRODUCTORES ASESORES DE SEGUROS - EXENCIÓN DE TASA UNIFORME
El derecho de emisión es anual, podrá percibirlo el asegurador cuando se emita o renueve una póliza, de acuerdo a la siguiente escala:
Hasta VEINTICINCO (25) asegurados PESOS DOCE ($12).
Entre VEINTISÉIS (26) y CINCUENTA (50) asegurados PESOS DIECISIETE ($17).
Más de CINCUENTA (50) asegurados PESOS VEINTICINCO ($25).
El tomador-empleador, cuando corresponda, declarará y abonará el derecho de emisión a través del aplicativo del SICOSS.
De las primas percibidas, las entidades aseguradoras destinarán un VEINTIDÓS CON SETENTA POR CIENTO (22,70%), para atender los gastos de administración de esta cobertura.
Las entidades aseguradoras podrán reconocer a los productores asesores de seguros una participación de los fondos provenientes de los gastos de administración. La liquidación de las participaciones será efectuada por las entidades aseguradoras. Atento a la naturaleza particular del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74 no le resulta de aplicación las previsiones del Artículo 81 de la Ley N° 20.091.

Artículo 11. PAGO DEL PREMIO
El premio correspondiente a la presente cobertura será declarado e ingresado directamente por el tomador-empleador con las mismas modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social, en función de la nómina del mes que declara tomando en consideración el valor del premio vigente, a partir de lo establecido en el Artículo 2° y lo determinado en el Artículo 6° de la Resolución SSN N° 35.333 del 16 de septiembre de 2010 y sus modificatorias.
Lo dispuesto en el párrafo anterior también será de aplicación respecto de los empleadores no obligados con SUSS, con excepción de aquellas pólizas que amparen a los trabajadores domésticos encuadrados en el Artículo 1° de la Ley N° 26.844, las que serán abonadas directamente a las aseguradoras. A tal efecto la AFIP queda facultada para dictar las normas operativas que resulten necesarias.

Continúa en la próxima página

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por “Grupo Sancor Seguros”. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

La AFIP establecerá los mecanismos para la distribución de los fondos a las respectivas aseguradoras.
En el caso de fallecimiento de un trabajador no incluido en la nómina de personal del tomador se actuará conforme a lo dispuesto en el Artículo 18 del presente reglamento. Si el empleador determinara e ingresara el monto del premio, sin haber contratado una póliza con una aseguradora o la relación aseguradora-CUIT sea errónea o esté fuera de vigencia, no implicará cobertura automática en dicho seguro. En dichos supuestos la AFIP direccionará los montos y la información a la SSN.
Regularizados los supuestos antes mencionados, los futuros pagos que efectúen serán transferidos por la AFIP a las entidades aseguradoras que correspondan conforme el procedimiento establecido en el Artículo 12 del presente anexo.

Artículo 12. DISTRIBUCIÓN DE RECAUDACIÓN
12.1. Los montos correspondientes al Seguro Colectivo de Vida Obligatorio, recaudados por la AFIP serán transferidos a las aseguradoras a las cuentas bancarias que éstas establezcan.
A tal efecto, las aseguradoras, a través de una nota firmada por personal de la entidad autorizado a tal fin, deberán informar a la SSN los datos correspondientes a la cuenta bancaria del BANCO DE LA NACIÓN ARGENTINA, a la cual se le efectuarán las transferencias correspondientes a la recaudación del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio - Decreto N° 1567/74, como así también cualquier modificación sobre la misma, conforme lo requerido a través de la Comunicación SSN N° 2434 del 6 de mayo de 2010.
La mencionada nota deberá contener como mínimo los siguientes datos: titular de la cuenta bancaria, número y tipo de cuenta, entidad bancaria y sucursal y clave bancaria universal, debiendo ser acompañada de una certificación emitida por la entidad bancaria en la que conste que la misma está libre de inhibiciones y embargos.
Las aseguradoras que en el futuro comiencen a operar en este Seguro, deberán dar cumplimiento a lo establecido en el presente Artículo antes de iniciar la comercialización del mencionado seguro.
12.2. La AFIP transferirá los fondos a las aseguradoras, conforme el padrón de pólizas que remitirá esta SSN, el que será confeccionado en base a los datos que las entidades envían al Sistema Informático Kausay y el cual contendrá los datos necesarios para poder proceder a la correcta distribución de los conceptos recaudados por el Seguro Colectivo de Vida Obligatorio.
12.3. La AFIP informará en forma diaria a las aseguradoras diversa información respecto de la determinación del pago, las nóminas y los importes acreditados en las Cuentas Bancarias por ellas informadas, mediante la utilización de transferencia electrónica, los que contendrán los siguientes datos:
1) CUIC - Clave única de identificación de contratos;
2) CUIT del tomador-empleador;
3) Período declarado;
4) Identificación de las CUIL declaradas;
5) Fecha en que pagó el tomador-empleador;
6) Importe total depositado por el tomador-empleador discriminado por prima y derecho de emisión;
7) Fecha de procesamiento;
8) Fecha de transferencia a la Cuenta Bancaria de la Aseguradora;
9) Importe acreditado en la Cuenta Bancaria;
12.4. Cuando la Aseguradora detecte diferencias entre lo informado por la AFIP en los archivos publicados de respaldo y la información provista por los empleadores podrá requerir un análisis de las mismas.
A tal fin deberá presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual realiza la consulta, y el/los periodo/s fiscal/es con diferencia, adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s. La nota deberá ser dirigida a la División Usuarios de la Seguridad Social y presentarla personalmente en Balcarce 167 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo, o enviarla por correo postal.
Si se diera el caso que la consulta no está relacionada con diferencias entre lo pagado y lo transferido, no será necesaria la presentación de la copia del comprobante de pago. Una vez iniciado el análisis de lo requerido, la AFIP podrá solicitar a la Aseguradora la presentación de documentación adicional que coadyuve a obtener el resultado del mismo.
12.5. Cuando los empleadores o las Aseguradoras verifiquen que los fondos de los pagos efectuados fueron derivados por la AFIP a la SSN, podrán requerir la devolución de los mismos.
A tal fin deberán presentar una nota escrita, firmada por autoridad de la empresa (empleador) o de la Aseguradora, indicando la CUIT del contribuyente por el cual requiere la devolución de los fondos, indicando el/los periodo/s fiscal/es, sus montos y adjuntando el/los comprobante/s de pago correspondiente/s y/o toda otra documentación que acredite el reclamo.
La nota deberá ser dirigida a la Gerencia Administrativa de la SSN - Sector SCVO y presentarla personalmente o a través de correo postal en la Avda. Julio A. Roca 721 - Mesa General de Entradas, Salidas y Archivo.

Artículo 13. SUSPENSIÓN DE LA COBERTURA POR FALTA DE PAGO DEL PREMIO - RESCISIÓN
El pago del premio del Seguro Colectivo de Vida Obligatorio por parte del tomador-empleador deberá efectuarse en la fecha que opere el vencimiento para tributar los aportes y contribuciones con destino a la seguridad social. Si el premio no fuera abonado en dicha fecha, el empleador contará con un plazo de TREINTA (30) días a partir de la fecha de vencimiento para hacer efectivo el pago. Transcurrido dicho plazo sin que se hubiera efectuado el pago del premio operará la mora en forma automática y con ello la suspensión de la cobertura sin necesidad de aviso o intimación alguna.
La cobertura se reanudará a partir de la hora CERO (0) del día siguiente al ingreso de la prima.
La cobertura sólo podrá ser rehabilitada dentro de los SESENTA (60) días desde la fecha de su suspensión. El vencimiento de este plazo provocará la

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

rescisión automática del contrato.
La suspensión del seguro, o su rescisión por falta de pago del premio, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.
Los pagos efectuados por los tomadores-empleadores una vez vencido el plazo de suspensión y estando la póliza rescindida, no dará derecho a rehabilitar la misma.

Artículo 14. COMUNICACIÓN DE ALTAS Y BAJAS - AJUSTE DE LAS PRIMAS
Las altas y bajas serán comunicadas por el tomador a la aseguradora con el envío de la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS), o en su reemplazo el Listado de las Relaciones Laborales Activas del Sistema "Mi Simplificación", lo que establecerá el ajuste de primas si correspondiere. La aseguradora, sin perjuicio de la información que le sea suministrada a través de la AFIP, tendrá derecho a exigir al tomador la última nómina del personal empleado declarada al Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) cuando lo estime conveniente.
Para el caso que el tomador-empleador contratante no estuviere incluido en el Sistema Único de la Seguridad Social, las altas y bajas deben ser comunicadas mensualmente a la aseguradora.
A fin de mantener vigente la cobertura, el tomador-empleador deberá integrar la diferencia de primas conforme las altas y bajas comunicadas a la aseguradora de acuerdo a lo determinado en el Artículo 11 del presente reglamento.

Artículo 15. LIQUIDACIÓN DEL SINIESTRO
La aseguradora deberá requerir al tomador que acredite haber notificado fehacientemente a los beneficiarios la existencia del beneficio, al momento de producirse el siniestro, en el último domicilio que el asegurado tenga registrado.
Si por cualquier causa la designación deviniera ineficaz o quedase sin efecto, se considerarán beneficiarios aquellas personas que cumplan con la condición de derechohabiente, según lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241. A tal efecto, deberá presentarse las constancias a las que se hace referencia en el Artículo 8°.
En esta notificación se deberá especificar el monto del beneficio, así como que su cobro puede efectuarse personalmente. En caso de requerirse el cobro a través de mandatarios se requerirá al efecto un Poder Especial en el cual se deberá especificar concepto y monto del beneficio.
Las entidades aseguradoras liquidarán el siniestro de los seguros en vigencia una vez que cuenten con los siguientes elementos:
1) Partida de Defunción del Asegurado;
2) Constancia de CUIL del trabajador;
3) Copia de la nómina de empleados del tomador-empleador correspondiente al mes de ocurrencia del fallecimiento;
4) Constancia de pago del premio;
5) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes o liquidación final;
6) Copia certificada por el empleador del último recibo de haberes firmado por el empleado fallecido;
7) Formulario de Designación de Beneficiarios;
8) En caso de no existir designación de beneficiario/s o si por cualquier causa la designación se tornara ineficaz, o quede sin efecto, la declaración de derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSeS) de acuerdo a lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o presentar copia autenticada de la documentación que acredite tal condición, sea ésta emitida por la ANSeS o por la caja provisional respecto de la cual resultara aportante el asegurado fallecido;
9) Documentación a presentar por los destinatarios de la prestación:
a) El/los beneficiario/s: fotocopia del Documento Nacional de Identidad, y declaración del último domicilio real;
b) Derechohabientes;
b.1) El/la cónyuge: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; partida de matrimonio legalizada emitida con una antelación no mayor a SEIS (6) meses de su presentación para la liquidación del siniestro.
b.2) El/la conviviente: fotocopia del Documento Nacional de Identidad; declaración del último domicilio real; Información Sumaria Judicial y Declaración de Derechohabientes expedida por la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES);
b.3) Hijos/as: fotocopia del Documento Nacional de Identidad y partida de nacimiento legalizada y de corresponder la documentación que acredite quien resulta ser su representante legal conforme lo dispuesto en el Artículo 101 del Código Civil y Comercial de la Nación.
Completada la documentación suministrada por el empleador, beneficiarios y/o derechohabientes, la indemnización deberá abonarse dentro de los QUINCE (15) días siguientes.
En ningún caso la aseguradora será responsable del pago del beneficio por el fallecimiento de los trabajadores que no hubiesen sido dados de alta en la nómina del tomador conforme lo dispuesto por la Resolución General N° 1891/2005 (texto ordenado por la Resolución General N° 2016/2006) de la AFIP y sus modificatorias. Las entidades aseguradoras deberán extremar los mecanismos a fin de obtener la documentación que les permita abonar los siniestros y sólo depositarán el importe de la prestación en la Caja Compensadora ante:
i) La falta de reclamo por parte de los beneficiarios, o de los declarados derechohabientes por la ANSES conforme lo reglado por los Artículos 53 y 54 de la Ley N° 24.241 o testamentarios;
ii) Luego de haber agotado los mecanismos para la obtención de los elementos requeridos para efectuar el pago; En ambos casos la aseguradora deberá adjuntar:
1) Copia del frente de póliza con su correspondiente Clave Única de Identificación de Contratos;
2) Certificación por parte de la aseguradora de la vigencia de la cobertura al momento de ocurrencia del siniestro;
3) Copia certificada de toda la documentación que obrare en su poder incluyendo también las constancias que acrediten las comunicaciones y

Continúa en la próxima página

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:
ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

requerimientos efectuados al empleador, beneficiarios designados o posibles herederos;
4) Constancia del depósito en la Caja Compensadora;
Las entidades aseguradoras no podrán integrar las sumas debidas en concepto de indemnizaciones de otros seguros de vida con el beneficio instituido por el Decreto N° 1567/74, debiendo proceder a otorgar al beneficiario documentos separados de cada una de las liquidaciones que correspondan.

Artículo 16. SINIESTROS NO TRASLADABLES A LA CAJA COMPENSADORA
Independientemente del pago de premio efectuado por los empleadores, no podrán ser trasladados a la Caja Compensadora bajo ningún concepto los siniestros:
a) Que afecten a trabajadores no incluidos en las nóminas del tomador, ni los excluidos en el Artículo 2° del presente anexo;
b) Que correspondan a pólizas emitidas que no cuenten con la debida Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC);
c) Que correspondan a pólizas que si bien poseen Clave Única de Identificación de Contratos (CUIC), la aseguradora hubiera remitido, a través del Sistema Kausay, datos incorrectos o no hubiera efectuado la remisión en tiempo y forma de todas las novedades que modifique el padrón pólizas;
d) Que correspondan a pólizas emitidas por las entidades que no hayan dado cumplimiento a lo establecido en el Artículo 12 - 12.1 del presente Anexo;
e) Que correspondan a pólizas cuyos premios no hayan sido abonados conforme lo establecido en el Artículo 11 del presente Anexo.

Artículo 17. PROHIBICIONES
Se prohíbe a las entidades aseguradoras:
1) Otorgar bonificaciones;
2) Realizar gastos por cualquier concepto, excepto los establecidos en el Artículo 10 del presente reglamento;
3) Efectuar publicidad directa;
4) Rechazar solicitudes presentadas por los empleadores de conformidad a las disposiciones del presente reglamento;
5) Efectuar pagos graciables;
6) Compensar los saldos que arrojen sus declaraciones juradas, con las sumas debidas por la Caja Compensadora por períodos anteriores;
7) Coasegurar y reasegurar.

Artículo 18. RESPONSABILIDAD DEL EMPLEADOR
El empleador será directamente responsable por el pago del beneficio ante la falta de concertación del seguro.
La suspensión del seguro, por falta de pago o pago insuficiente del premio y la consecuente rescisión en su caso, hará directamente responsable al empleador por el pago del beneficio.

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

Advertencia al Tomador Asegurado:
Resolución N° 407/2001 del Ministerio de Economía de la Nación:
ARTICULO 1° — Los únicos sistemas habilitados para pagar premios de contratos de seguros son los siguientes:
a) Entidades especializadas en cobranza, registro y procesamiento de pagos por medios electrónicos habilitados por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION.
b) Entidades financieras sometidas al régimen de la Ley N° 21.526.
c) Tarjetas de crédito, débito o compras emitidas en el marco de la Ley N° 25.065.
d) Medios electrónicos de cobro habilitados previamente por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION a cada entidad de seguros, los que deberán funcionar en sus domicilios, puntos de venta o cobranza. En este caso, el pago deberá ser realizado mediante alguna de las siguientes formas: efectivo en moneda de curso legal, cheque cancelatorio Ley N° 25.345 o cheque no a la orden librado por el asegurado o tomador a favor de la entidad aseguradora.
Cuando la percepción de premios se materialice a través del SISTEMA UNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (SUSS) se considerará cumplida la obligación establecida en el presente artículo.
Art. 2° — Los productores asesores de seguros Ley N° 22.400 deberán ingresar el producido de la cobranza de premios a través de los medios detallados en el Artículo 1° de la presente resolución. ”

PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVO Y FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por “Grupo Sancor Seguros”. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

SANCOR SEGUROS

Continúa de página anterior

Ref: 2241416 Póliza nro. 2325336

Emisión

VIGENCIA	
Desde las 0 hs 1/1/2023	**Hasta las 0 hs 1/1/2024**

Tomador:

ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL
Lote Agricola 16
3306 San Jose (Misiones)
Asociado: 1712691 CUIT: 30-65255052-1
Org.: 102226 Prod.: 224279 Zona/Ofic: 109.2
Emitida en Sunchales el día miércoles 7 de diciembre de 2022

El asegurado asume la carga de aportar los datos y documentos que le sean requeridos por la aseguradora en virtud de lo establecido por las normas vigentes en materia de prevención de lavado de activos y financiamiento de terrorismo. Caso contrario, la aseguradora dará cumplimiento a lo establecido en las Resoluciones UIF vigentes en la materia.

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido en las resoluciones UIF vigentes en la materia, respecto de la identificación de Personas Expuestas Políticamente (PEPs), le solicitamos tenga a bien presentarse a la brevedad posible en la oficina de su Productor Asesor de Seguros o donde tenga radicado sus pólizas de seguros, con la finalidad de cumplimentar la DDJJ de PEPs. Para obtener mayor información sobre dicha disposición, puede ingresar en www.sancorseguros.com, accediendo por el banner Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento del Terrorismo.

ADVERTENCIA AL ASEGURADO, DIFERENCIA ENTRE LA PROPUESTA Y EL TEXTO DE LA PRESENTE POLIZA: QUEDA PERFECTAMENTE ENTENDIDO Y CONVENIDO QUE LA PRESENTE POLIZA SE EMITE EN PESOS.

PRODUCTOR - ASESOR

- **GALLARDO HUGO MAXIMILIANO (Matr. 75100) (Productor)**

LIQUIDACION DEL PREMIO

PRIMA	ADIC. ADM.	GTOS. PÓLIZA	DER. EMIS.	CARGO FINANC.	NETO GRAV.	I.V.A.	PER. I.V.A. S. NO CAT.
3.758,21	0,00	0,00	0,00	0,00	3.758,21	0,00	0,00

I.V.A. PERCEP.	IMP. Y TASAS	SELL. PROV.	ING. BRUTOS PERCEP.	PREMIO	AUMENTO CAP.	TOTAL
0,00	0,00	0,00	0,00	3.783,21	0,00	**3.783,21**

CENTRO DE ATENCIÓN AL CLIENTE
0800 444 28500

EL IMPUESTO DE SELLOS CORRESPONDIENTE A ESTE INSTRUMENTO ES REPUESTO POR DECLARACION JURADA DEL MES EN QUE FUE EMITIDO.
Esta póliza se encuentra sujeta a las disposiciones pertinentes de la Ley de Seguros Nro. 17418 y a las Condiciones y Cláusulas Aplicables de la presente póliza.
Cuando el texto de la póliza difiera del contenido de la propuesta, la diferencia se considera aprobada por el asegurado si no reclama dentro de un mes de haber recibido la póliza.

La entidad aseguradora dispone de un Servicio de Atención al Asegurado que atenderá las consultas y reclamos que presenten los tomadores de seguros, asegurados, beneficiarios y/o derechohabientes. El Servicio de Atención al Asegurado está integrado por un RESPONSABLE y un SUPLENTE, cuyos datos de contacto encontrará disponibles en la página web www.sancorseguros.com.ar.
En caso de que el reclamo no haya sido resuelto o haya sido desestimado, total o parcialmente, o que haya sido denegada su admisión, podrá comunicarse con la Superintendencia de Seguros de la Nación por teléfono al 0800-666-8400, correo electrónico a denuncias@ssn.gob.ar o formulario web a través de www.argentina.gob.ar/ssn.
Para consultas o reclamos, comunicarse con Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. al 0800 444 2850
Esta póliza ha sido autorizada por Resol. Nro. 12212 de la Superintendencia de Seguros de la Nación.

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL

La presente póliza se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el punto 7.8.del Reglamento General de la Actividad Aseguradora
Sancor Cooperativa de Seguros Ltda. CUIT N° 30-50004946-0: Ruta 34 Km.257 - 2322-Sunchales (SF)

La información incluida en el presente formulario, fue proporcionada por el cliente. Los datos registrados, son tratados con total confidencialidad y son utilizados únicamente en relación a los productos y servicios brindados por "Grupo Sancor Seguros". Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición respecto de los datos de carácter personal deberán ser ejercidos de conformidad con lo dispuesto en la normativa vigente (Ley 25.326 y Dec. Reglamentario 1558/2001). Para mayor información remitirse a Dirección Nacional de Protección de Datos Personales: http://www.jus.gov.ar/datos-personales.aspx, link "Ejerza sus derechos".

PÓLIZA DIGITAL

Asociart ART

DATOS DEL EMPLEADOR

N° Póliza Digital: **4663752**

Apellido y Nombre / Denominación: **ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL**

C.U.I.T. N°: **30652550521**

Domicilio Constituido. Calle: **LOTE AGRICOLA 16 S/N**

Tipo de solicitud: **Traspaso**

Localidad: **SAN JOSE**

Nivel de cumplimiento: **2**

Provincia: **MISIONES** Código Postal: **3306**

CIIU: **161001**

Actividad: **ASERRADO Y CEPILLADO DE MADERA NATIVA**

VIGENCIA RENOVACION AUTOMATICA: Desde **01/09/2024** Hasta **31/08/2025**

ALÍCUOTA: Fijo por trabajador: $**0,00** ; Porcentaje Variable sobre masa salarial: **6,510**%
A estas alícuotas se debe agregar el importe por trabajador y por mes, destinado al Fondo Fiduciario de Enfermedades Profesionales - Dec. 590/97, 39/21 y Res. 115/21 MTEySS. Alicuotas Vigentes desde: **01/03/2024**

BONIFICACION: - - -

CLAUSULA PENAL: - - -

CANAL COMERCIAL:

CUIT / CUIL: **20279791348** Nº Unidad Comercial: **36652**

APELLIDO Y NOMBRE / DENOMINACION: **HORIANSKI, JUAN PABLO**

Forman parte de la presente Póliza Digital de Riesgos del Trabajo, las Condiciones Particulares y las Cláusulas aplicables a las Pólizas de Empleadores del Régimen General adjuntadas en Hoja 1, 2 y 3 (Anexo I - Res. SRT N° 46/2018) y las Cláusulas Adicionales, adjuntada en Hoja 3 (Anexo I -Res. SRT 46/2018), que regirán para la cobertura de los trabajadores del Régimen General.

La presente Póliza Digital de Riesgos del Trabajo se suscribe mediante firma facsimilar conforme lo previsto en el Punto 7.9 del Reglamento General de la Actividad Aseguradora.

En la Ciudad de Buenos Aires a los días **4** del mes de **febrero** de **2025**

Cdor. Diego G. Álvarez

EMPLEADOR ASEGURADO
FIRMANTE Y PERSONARIA INVOCADA

Alvarez Diego Gonzalo
Gerente General

CUIL 20239921826

Nº DE PÓLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO 4663752

ANEXO I RES. SRT 46/2018 -
CLAUSULAS APLICABLES A LAS POLIZAS DE EMPLEADORES DEL REGIMEN GENERAL

En la Ciudad de Buenos Aires, en la fecha y entre las partes que se indican en las Condiciones Particulares suscriben el presente CONTRATO DE COBERTURA, quedando sometidos a lo normado por la Ley sobre Riesgos del Trabajo Nº 24.557(L.R.T.), sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACION (S.S.N.) y sujetos a las siguientes cláusulas y condiciones. CLÁUSULA PRIMERA: Las partes se someten, durante la vigencia del presente contrato, a dar cumplimiento a las obligaciones que resulten impuestas por la Ley N° 24.557 sobre Riesgos del Trabajo (L.R.T.) sus Decretos Reglamentarios, normas complementarias y reglamentarias dictadas por la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) y por la SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS DE LA NACIÓN (S.S.N.), además de las obligaciones instrumentadas a través del presente Contrato. En ningún caso las condiciones particulares del contrato podrán ser alteradas o contrarias a lo dispuesto en la normativa precitada y a las Condiciones Generales del presente contrato. CLÁUSULA SEGUNDA: I. VIGENCIA. El presente contrato tendrá un término mínimo de duración de UN (1) año, contado a partir de las CERO (0) horas de la fecha de inicio de vigencia que se estipula en las condiciones particulares. II. RENOVACIÓN AUTOMÁTICA. El presente contrato será renovado en forma automática anualmente, excepto en los casos en los cuales el EMPLEADOR se afilie a otra ART o ingrese al régimen de autoseguro. CLÁUSULA TERCERA: COTIZACIÓN. El EMPLEADOR abonará la cuota que resulte de aplicar la alícuota convenida en las Condiciones Particulares, la cual deberá encontrarse ajustada al régimen aprobado por el órgano competente. La cuota será declarada e ingresada por mes adelantado en función de la nómina salarial del mes inmediato anterior, con las modalidades, plazos y condiciones establecidos para el pago de los aportes y contribuciones con destino a la Seguridad Social. En los casos de inicio de actividad o, cuando por otras razones no exista nómina salarial correspondiente al mes anterior a aquel en que se debiera efectivizar el pago, la cuota se calculará en función de la nómina prevista para el mes de pago y se ingresará al SISTEMA ÚNICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL (S.U.S.S.), indicando el mes anterior en el formulario de pago. En caso de resultar necesario modificar la alícuota del presente contrato, la ASEGURADORA deberá notificar los nuevos valores en forma fehaciente, con una antelación no menor a SESENTA (60) días corridos a la incorporación de la nueva alícuota. En los casos en que el EMPLEADOR tuviera la obligación legal de ajustarse a un sistema de contrataciones por licitaciones públicas, el plazo mencionado se extenderá, a CIENTO OCHENTA (180) días corridos. Cuando la modificación de la alícuota, represente un aumento superior al CINCUENTA POR CIENTO (50 %) o de TRES (3) puntos porcentuales, lo que sea menor, la ASEGURADORA deberá notificar en forma fehaciente y complementaria de lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, los nuevos valores justificando en forma detallada el motivo del incremento de los mismos, con una antelación no menor a NOVENTA (90) días corridos, a fin de que el EMPLEADOR pueda ejercer el derecho de cambiar de ASEGURADORA, cumpliendo con el procedimiento establecido para tal fin por la normativa vigente. Los aumentos de alícuotas deberán respetar la anualidad de su vigencia, de acuerdo con lo establecido en el artículo 11 de la Ley N° 26.773, salvo en los casos en que las modificaciones de las mismas obedezcan a cambios de CIIU. El aumento de alícuota fundado en un cambio de CIIU solo podrá practicarse mediando un preaviso de SESENTA (60) días y cuando el empleador haya cumplido con la condición de permanencia de SEIS (6) meses o UN (1) año según sea la primera afiliación del EMPLEADOR o segunda y posteriores respectivamente, de acuerdo a lo dispuesto por el punto I. a de la CLÁUSULA SEXTA. Cuando exista acuerdo expreso entre las partes, la ASEGURADORA podrá incrementar la alícuota sin mediar preaviso de SESENTA (60) días y aún cuando no se cumpla la permanencia mínima del empleador en la ASEGURADORA. Para los trabajadores incluidos en el Régimen Especial de Casas Particulares, el EMPLEADOR abonará la cuota vigente para cada rango de horas trabajadas semanalmente, conforme formulario AFIP 102/RT.CLÁUSULA CUARTA: MORA La mora en el pago de las alícuotas operará de pleno derecho y por el mero vencimiento del plazo, devengando a cargo del empleador los intereses correspondientes que generan las deudas impositivas nacionales. El Empleador, para cancelar la deuda que registre, deberá pagar el capital con más los intereses devengados .CLÁUSULA QUINTA OBLIGACIONES Y RESPONSABILIDADES DE LAS PARTES. I. OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR En atención a lo establecido por los artículos 8° y 9° de la Ley N° 19.587 y en la Ley de Riesgos del Trabajo en lo relativo al cumplimiento de las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo, a los efectos de prevenir eficazmente los riesgos del trabajo, el EMPLEADOR deberá: a) Cumplir las exigencias en materia de Higiene y Seguridad en el Trabajo conforme la normativa vigente que corresponda a la actividad desarrollada en el/los establecimiento/s alcanzado/s por el objeto del presente contrato. En caso de incumplimiento, se le aplicará por la autoridad competente el régimen de sanciones que corresponda .b) Declarar, al momento de la suscripción de la S.P.D., los datos del o de los establecimientos y el estado de cumplimiento de las normas e higiene de seguridad laboral y la identificación de los agentes de riesgos en cada uno de ellos, con la documentación respaldatoria y la nómina de trabajadores expuestos .c) Elaborar y presentar con carácter de declaración jurada, al momento de la suscripción de la S.P.D., el Programa Anual de Prevención de Riesgos Laborales, a través del cual fijarán las políticas de la empresa en materia de salud y seguridad en el trabajo a los efectos de ajustar su conducta a lo establecido en la normativa vigente y con la finalidad de disminuir todo riesgo que pueda afectar la vida y la salud de los trabajadores como consecuencia de las tareas desarrolladas. Dicho programa deberá ser presentado y actualizado anualmente ante la A.R.T. d)Comunicar a la A.R.T., con la debida antelación, los cambios de tecnología, incorporaciones de sustancias y compuestos utilizados en los procesos, modificaciones en la organización del trabajo y cualquier otro cambio que se produzca en los trabajos generados por el Empleador que modifiquen los riesgos de accidentes o enfermedades profesionales tenidos en cuenta al inicio de la cobertura .e) Facilitar el ingreso y la tarea del personal de la autoridad competente y de la A.R.T. para realizar verificaciones, auditorías, evaluaciones y toda otra tarea relacionada con la Recalificación Profesional de trabajadores siniestrados, previa acreditación del mandato, dentro de los horarios de trabajo y sin previa notificación .f) Cumplir con las recomendaciones que formule la A.R.T. así como con los programas que al respecto establezca la autoridad de aplicación de la Ley de Riesgos del Trabajo .g) Acreditar la realización de los exámenes preocupacionales, el eventual visado y/o fiscalizado de las preexistencias al personal que figura en la nómina presentada en el momento de la afiliación, y poner en conocimiento de ello a la A.R.T. dentro de las SETENTA Y DOS (72) horas de formalizado el contrato. A su vez, deberá informar a los trabajadores del resultado de sus exámenes. h) Acreditar la capacitación brindada al trabajador previo al inicio de tareas, respecto de los riesgos que conlleva la tarea a desempeñar. i) Solicitar la Clave de Alta Temprana (C.A.T.) de sus nuevos trabajadores dependientes con anterioridad al inicio de sus tareas, ante la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P.), de acuerdo a lo que establezca el citado Organismo en la normativa aplicable. En el caso de personal Extra-SUSS, se mantendrá la obligación de declarar el alta ante la A.R.T. con una anterioridad de por lo menos VEINTICUATRO (24) horas al inicio de las tareas, a través del medio que formal o informalmente acuerden. La omisión de las condiciones antes señaladas, permitirá a la ASEGURADORA ejercer la acción de repetición que corresponda contra el empleador. Asimismo, las bajas de trabajadores deberán ser informadas a la A.R.T. dentro de los TRES (3) días de producido el distracto laboral por cualquier causa. j) Informar a los trabajadores, inmediatamente de firmado el presente, la ASEGURADORA a la cual se encuentran afiliados y que les brindará cobertura ante la ocurrencia de las contingencias previstas por la Ley de Riesgos del Trabajo. k) Entregar a los trabajadores las credenciales correspondientes dentro de los CINCO (5) días hábiles de recibidas e informar el procedimiento a seguir para realizar la denuncia en caso de accidente, comunicando los teléfonos de emergencia a través de los cuales podrá acceder el damnificado a las prestaciones asistenciales l) Deberá informar y capacitar a los trabajadores en materia de condiciones y medio ambiente del trabajo de acuerdo con las características y riesgos específicos de las tareas que desempeñen y de sus puestos de trabajo. m) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento. n) El EMPLEADOR está obligado a denunciar a la ASEGURADORA, inmediatamente de conocido, todo accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran sus dependientes. El empleador que no cumpliera con esta obligación, deberá abonar a la aseguradora, en concepto de Cláusula Penal, la suma de PESOS indicada en la SPD. También podrá efectuar la denuncia el propio trabajador, sus derechohabientes o cualquier persona que haya tenido conocimiento del accidente de trabajo o enfermedad profesional. Sólo cuando sea imposible la comunicación a la aseguradora para la atención de una urgencia o que comunicada no haya dado cumplimiento a sus obligaciones o no pueda hacerlo en plazo útil, el empleador deberá disponer por sí la atención del accidentado, dando posterior aviso a la aseguradora. En este supuesto la aseguradora reintegrará los gastos derivados de prestaciones en especie realizados en un plazo de DIEZ (10) días desde que le sea presentada la correspondiente rendición de gastos. ñ) Contar con servicios de salud y seguridad en el trabajo, con carácter interno o externo. o) Cuando concurran en un mismo establecimiento DOS (2) o más empleadores, deberá celebrarse acuerdo entre ellos para coordinar el cumplimiento de las normas de higiene y seguridad laboral, siendo responsabilidad del titular del establecimiento procurar dicho acuerdo.2) OBLIGACIONES A CARGO DE LA ASEGURADORA. A los efectos del cumplimiento de lo establecido por los artículos 4° y 31 de la Ley 24.557 y sus Decretos reglamentarios en lo relativo a sus obligaciones en materia preventiva, la Aseguradora deberá cumplir con lo estipulado en los artículos 10 y 11 de la Resolución S.R.T. N° 463 de fecha 11 de mayo de 2009, y además deberá: a) Declarar en el Registro de Cumplimiento de Normas de Higiene, Salud y Seguridad en el Trabajo, con carácter de declaración jurada, dentro de los CUARENTA (40) días corridos de recibido el Relevamiento General de Riesgos Laborales, los datos informados por el empleador respecto del estado de cumplimiento de las normas de higiene y seguridad y el plan fijado para su corrección. b) Denunciar en el Registro aludido precedentemente a los empleadores que no han presentado el Relevamiento General de Riesgos Laborales al momento de la afiliación o de la renovación automática del mismo contrato. c) Denunciar en el mismo Registro a los empleadores que no han dado cumplimiento al Plan fijado oportunamente. d) Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica al EMPLEADOR afiliado sobre la normativa vigente en materia de Salud y Seguridad en el Trabajo, sobre la existencia de riesgos y sus potenciales efectos, sobre los elementos de protección personal, sobre la capacitación que corresponde brindar a los trabajadores y sobre la seguridad en el empleo de productos químicos y biológicos. e) Realizar los exámenes periódicos al personal expuesto a los agentes de riesgos, conforme la documentación respaldatoria y la nómina de personal expuesto declarados por el empleador. A tales efectos, deberá coordinar con el EMPLEADOR las fechas y horarios en que se realizarán los exámenes aludidos, con el fin de no resentir la actividad económica de éste, quien a su vez deberá poner a disposición de la Aseguradora al personal alcanzado. f) Elaborar y entregar a los empleadores un informe sobre el resultado de los exámenes médicos practicados, debiendo formular las recomendaciones que sean necesarias. g) Mantener informado al EMPLEADOR sobre el estado del trabajador siniestrado, cada vez que el mismo lo requiera. Tal información podrá ser brindada a través de medios electrónicos. h) Denunciar ante la S.R.T. todo incumplimiento a las normas de Higiene y Seguridad en el Trabajo vigentes en que incurriere el empleador, como así también toda conducta renuente a adecuar las condiciones de trabajo, de acuerdo con lo establecido por las normas de prevención y al plan presentado. i) Deberá mantener un registro actualizado de accidentes laborales y enfermedades profesionales por establecimiento conforme lo informado por el empleador. j) Cuando concurran DOS (2) o más A.R.T. en un mismo establecimiento, deberán coordinar sus acciones según lo establezca la reglamentación, bajo responsabilidad de la A.R.T. contratada por el titular del establecimiento. Esta obligación se corresponde con la establecida en el inciso o) de las Obligaciones del Empleador. k) Denunciar a los empleadores que no cumplan con su obligación de comunicar los siniestros laborales, de conformidad con lo establecido en el inciso a) del apartado 1° del artículo 31 de la Ley N° 24.557.l) Poner a disposición del EMPLEADOR el Listado de Prestadores vigente que brindará cobertura a nivel nacional. II. RESPONSABILIDAD DE LA A.R.T. ANTE EL INCUMPLIMIENTO DE SUS OBLIGACIONES. El incumplimiento de las obligaciones aludidas conllevará la aplicación de las sanciones que correspondan, de acuerdo con lo establecido en la Resolución S.R.T. N° 735 de fecha 26 de junio de 2008, la Resolución S.R.T. N° 38 de fecha 09 de mayo de 2018 y en el artículo 32 de la Ley de Riesgos del Trabajo. CLÁUSULA SEXTA: RESCISIÓN. El presente contrato podrá ser rescindido por las partes conforme se establece a continuación: I - POR EL EMPLEADOR, en los siguientes casos: a) Por cambio de aseguradora, habiendo transcurrido SEIS (6) meses desde la primera afiliación a una ASEGURADORA. En lo sucesivo, este derecho podrá ser ejercido con una periodicidad mínima anual. b) Por el cese de actividad del empleador, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P. c) Cuando no tenga más trabajadores en relación de dependencia, debiendo encontrarse presentado el Formulario correspondiente ante la A.F.I.P. II.- POR LA ASEGURADORA, en los siguientes casos: a. Cuando el EMPLEADOR adeude un monto equivalente a DOS (2) cuotas, tomando la de mayor valor devengado en los últimos DOCE (12) meses, siempre que ésta no incluya las sumas correspondientes al Sueldo Anual Complementario (S.A.C.).

En el estado de deuda deberán incluirse todos los saldos parciales a favor del EMPLEADOR y, en caso de haberse suscripto la CLÁUSULA DECIMA adicional del presente contrato, se deberán computar, a modo de compensación, los montos que la ASEGURADORA adeude al EMPLEADOR en concepto de reintegros por I.L.T. presentados al cobro con la documentación completa. A los efectos de considerar legalmente rescindido el contrato por falta de pago, la ASEGURADORA deberá, previamente, dar cumplimiento al procedimiento establecido a tal fin por el artículo 44 de la Resolución S.R.T. N ° 298/17.En el caso que el EMPLEADOR hubiese efectuado pagos directos a la ASEGURADORA, ésta deberá extender un recibo discriminando período, importe y concepto del pago, e ingresar las sumas percibidas a través del S.U.S.S. Cuando se ejerza este derecho, la rescisión operará a partir de la CERO (0) hora del día inmediato posterior al de su última notificación. a. Cuando se verifique que el EMPLEADOR ha presentado ante la A.F.I.P. su cese de actividad. A tal fin, la S.R.T. requerirá a la A.F.I.P. con una frecuencia semestral la información pertinente y la pondrá a disposición de las A.R.T. b. Cuando el EMPLEADOR deje de presentar el Formulario A.F.I.P. N° 931, para proceder a la rescisión del contrato la ASEGURADORA deberá cumplimentar lo dispuesto en el artículo 20° de la presente resolución que aprueba el servicio 'POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO'. CLÁUSULA SÉPTIMA: VENTANILLA ELECTRÓNICA Las partes se hallan incluidas en el Sistema de Ventanilla Electrónica implementado por las Resoluciones S.R.T. N° 635 de fecha 23 de junio de 2008 y N° 365 de fecha 16 de abril de 2009. Todas las acciones que se realicen a través de dicho Sistema en virtud de disposiciones expresas de la S.R.T., resultan válidas para las partes. Las notificaciones que con carácter fehaciente deban cursarse entre sí, la A.R.T., el empleador, las Administraciones del Trabajo Locales (A.T.L.) y la SUPERINTENDENCIA DE RIESGOS DEL TRABAJO (S.R.T.) podrán realizarse en forma electrónica, conforme la forma y modalidades que ésta última reglamente. A tal fin, el Empleador, deberá ingresar a la página institucional www.srt.gob.ar y seguir los pasos allí indicados. El domicilio electrónico creado en el marco del citado Sistema subsistirá aún en caso de Traspaso de Aseguradora, Rescisión contractual, Falta de Trabajadores o Cese de la Actividad del Empleador, debidamente registrados ante la A.F.I.P. Mientras el Administrador de Relaciones para la C.U.I.T. del EMPLEADOR no especifique un responsable de la Notificación Electrónica se asignará la función al mismo Administrador. La Administración de Relaciones de la clave fiscal se gestiona en el sitio oficial de la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (A.F.I.P).El servicio 'POLIZA DIGITAL DE RIESGOS DEL TRABAJO', incluido en el del Sistema de Ventanilla Electrónica, es de uso obligatorio para la A.R.T. y el EMPLEADOR. El envío de la Solicitud de Póliza Digital al EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene para el canal comercial interviniente y la A.R.T. idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita .La aceptación de la Solicitud de Póliza Digital, realizada por el EMPLEADOR a través de e-Servicios SRT - Sistema de Ventanilla Electrónica, tiene idénticos efectos jurídicos que la firma manuscrita, y da origen al contrato de cobertura con la A.R.T. a partir de la fecha establecida en la Solicitud de Póliza Digital. El EMPLEADOR podrá realizar la aceptación de la Solicitud de Póliza Digital hasta las 23:59 horas del día de inicio de vigencia de la cobertura establecido en dicho instrumento, o hasta el día hábil inmediato posterior, si el primero fuese no laborable. Transcurrido dicho plazo, la misma quedará anulada por defecto. CLÁUSULA OCTAVA: DOMICILIOS Complementariamente al domicilio electrónico dispuesto en la CLÁUSULA SÉPTIMA, las partes declaran y aceptan que los domicilios postales constituidos en el primer párrafo del presente contrato serán considerados también válidos a los efectos de las notificaciones que las partes deban realizarse con relación a los derechos y obligaciones que emanen del presente contrato, siendo obligación de las mismas notificar en forma fehaciente cualquier modificación que sufran los domicilios constituidos. En su defecto, se tendrán por válidas las notificaciones efectuadas en el último domicilio declarado. CLÁUSULA NOVENA: COMPETENCIA. Toda controversia que se plantee con respecto al presente contrato, se sustanciará ante los Tribunales competentes, conforme a lo establecido en el artículo 46 de la Ley de Riesgos del Trabajo. CLÁUSULAS ADICIONALES: CLÁUSULA DECIMA: PAGO DE PRESTACIONES DINERARIAS POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T. Las partes acuerdan que mientras se encuentre vigente la relación laboral de los beneficiarios, el EMPLEADOR efectuará por cuenta y orden de la ASEGURADORA el pago de las prestaciones dinerarias de pago mensual, de las asignaciones familiares y efectuará en igual sentido la declaración y pago de aportes y contribuciones a la Seguridad Social. La ASEGURADORA, por su parte, deberá reembolsar al EMPLEADOR el monto de dichos conceptos dentro de los TREINTA (30) días corridos de la presentación de la documentación que acredite el pago, debiendo dar cumplimiento al procedimiento que se describe en el instructivo siguiente (*). En caso de incumplimiento del plazo indicado, la ASEGURADORA deberá reconocer un interés igual al establecido en la CLÁUSULA CUARTA: Mora, de las Condiciones Generales. Mensualmente, la ASEGURADORA deberá informar al EMPLEADOR por Ventanilla Electrónica los siniestros conocidos durante el mes calendario anterior, indicando la documentación a presentar para el reintegro de las prestaciones dinerarias por I.L.T. Para el caso en que las partes hayan adherido a esta cláusula, se tornará obligatoria para la ASEGURADORA la compensación establecida en la CLÁUSULA UNDECIMA. Se deja constancia que la suscripción de la presente CLÁUSULA OPCIONAL por el EMPLEADOR, en ningún caso y bajo ningún concepto exime a la ASEGURADORA de su responsabilidad frente al trabajador.El EMPLEADOR y la ASEGURADORA podrán dejar sin efecto al momento de la renovación automática del contrato el acuerdo celebrado, previa notificación fehaciente a la otra parte con una antelación de al menos NOVENTA (90) días, debiendo la ASEGURADORA continuar con los pagos a partir del vencimiento del contrato. La acumulación de incumplimientos de la ASEGURADORA a las obligaciones emanadas de la presentes CLÁUSULAS ADICIONALES, será considerada falta GRAVE.(*) INSTRUCTIVO REGLAMENTARIO DE LA CLÁUSULA DÉCIMA.LIQUIDACIÓN Y REINTEGRO DE PRESTACIONES DINERARIAS EN CONCEPTO DE INCAPACIDAD LABORAL TEMPORARIA 1- CONVENIO DE PAGO POR CUENTA Y ORDEN DE LA A.R.T. De acuerdo con la cláusula opcional suscripta por las partes en el presente contrato y con lo establecido por el artículo 4° de la Resolución S.R.T. N° 237 de fecha 16 de diciembre de 1996, la ASEGURADORA puede convenir con el EMPLEADOR que, mientras se mantenga vigente la relación laboral, éste efectúe el pago de las prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. y de las asignaciones familiares, por su cuenta y orden. En estos casos el EMPLEADOR deberá emitir un recibo en original, duplicado y triplicado, de acuerdo a los requisitos establecidos en el artículo 140 de la Ley N° 20.744, discriminando: a) la Remuneración; b) la prestación dineraria Ley N° 24.557 'a cargo del EMPLEADOR' (por los DIEZ (10) primeros días); c) la prestación dineraria Ley N° 24.557 'por cuenta y orden de la ASEGURADORA' (a partir del día ONCE (11) inclusive) y d) las asignaciones familiares. En la declaración jurada mensual se deberá incluir al trabajador, con el código de siniestrado conforme reglamentación de la A.F.I.P.2.- SITUACIONES ESPECIALES Si por cualquier causa se extingue la relación laboral con el trabajador accidentado mientras se encuentra en situación de I.L.T. o si por cualquier otro motivo el EMPLEADOR no puede liquidar esta prestación dineraria, se deberá comunicar fehacientemente a la ASEGURADORA para que ésta proceda a continuar con los pagos en forma directa .Durante el período en el cual el trabajador se encuentra en I.L.T., no devenga remuneraciones, en consecuencia, no corresponde liquidar por dicho período 'Sueldo Anual Complementario'.3 - DOCUMENTACIÓN QUE EL EMPLEADOR DEBE PRESENTAR A LOS EFECTOS DEL REINTEGRO DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA a) Copia de los recibos de sueldo del trabajador por los pagos realizados por el EMPLEADOR en concepto de I.L.T. o Constancia de transferencia bancaria a la cuenta sueldo del trabajador, en caso que el recibo de sueldo carezca de su firma. b) Copia del comprobante que acredite el pago de los aportes y contribuciones. La ASEGURADORA deberá extender un recibo al EMPLEADOR en el cual conste el detalle de la documentación presentada por éste y la fecha de recepción de la misma. La ASEGURADORA podrá habilitar en su sitio de internet, una herramienta que permita al EMPLEADOR realizar las solicitudes de reintegros de manera electrónica, en la cual se quede registrada la fecha de la solicitud.4 - REINTEGRO AL EMPLEADOR DE LOS PAGOS REALIZADOS POR CUENTA Y ORDEN DE LA ASEGURADORA. La ASEGURADORA corroborará la documentación presentada por el EMPLEADOR en un plazo no mayor a VEINTE (20) días corridos a contar desde su recepción y le requerirá, de corresponder, la documentación faltante mediante notificación fehaciente, indicando que hasta tanto complete la documentación no se dará curso a la solicitud de reintegro. Caso contrario se entenderá que el EMPLEADOR presentó la totalidad de la documentación. El plazo de TREINTA (30) días será suspendido hasta que el EMPLEADOR complete la documentación. La ASEGURADORA deberá arbitrar los medios necesarios para corroborar que el pago de las prestaciones dinerarias por cuenta y orden, se efectúe conforme las normas y plazos vigentes. La ASEGURADORA deberá notificar fehacientemente o a través de su sitio de internet al EMPLEADOR el pago del reintegro, informando el C.U.I.L. del damnificado, nombre y apellido del damnificado, período de I.L.T., fecha de pago y medio de pago. CLÁUSULA ÚNDECIMA: COMPENSACIÓN DE ALICUOTAS IMPAGAS CON REINTEGROS DE I.L.T. En el plazo de TREINTA (30) días corridos de recibida la documentación por parte del empleador, la Aseguradora deberá proceder a la compensación de alícuotas impagas con reintegros de prestaciones dinerarias en concepto de I.L.T. abonadas por el EMPLEADOR al trabajador por cuenta y orden de la ASEGURADORA, mediante el reembolso de dichos montos. A tal fin, el EMPLEADOR deberá acreditar, por medio de la documentación detallada en la cláusula precedente, el pago de las prestaciones abonadas al damnificado y las contribuciones efectuadas. A tal efecto, la ASEGURADORA deberá extender al EMPLEADOR un recibo en el cual figure: el C.U.I.L. del damnificado; Nombre y Apellido del damnificado; Período de I.L.T.; Importe de I.L.T.; Importe de contribuciones; Total de reintegros a compensar; y Detalle de períodos e importes impagos a compensar. Dicho recibo deberá estar suscripto por la ASEGURADORA y el EMPLEADOR consignando la fecha del mismo. Por otra parte, la ASEGURADORA deberá ingresar al S.U.S.S. los importes de las alícuotas compensadas, imputando cada importe compensado al período que corresponda en el plazo previsto en el primer párrafo de la presente Cláusula. CLÁUSULA DUODÉCIMA: Montos a compensar. Diferencias. a. La ASEGURADORA no compensará al EMPLEADOR, los montos que este último hubiere pagado en concepto de I.L.T., que excedan el importe que surge de aplicar la normativa vigente .b. La ASEGURADORA deberá liquidar y pagar de manera directa a los trabajadores, los montos que el EMPLEADOR hubiere omitido pagarles, e ingresar los aportes y contribuciones respectivos.

Cdor. Diego G. Álvarez

EMPLEADOR ASEGURADO

FIRMANTE Y PERSONARIA INVOCADA

Alvarez Diego Gonzalo
Gerente General

CUIL 20239921826

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 36.458.944	ALDERETE VICTOR DANIEL	33			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		07/01/2025	01/01/2026
	DNI 26.935.531	ARRUA FERNANDO ARIEL	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.041.928	ARRUA VICTOR ANIBAL	39			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 40.420.880	BARNES JOSE ARMANDO	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.073.216	BARON JONATHAN HERNAN	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.458.439	BATISTA CARLOS ALFONSO	53			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 42.592.949	BENITEZ ESTEBAN DAMIAN	24			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.352.123	BENITEZ JULIO ROBERTO	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 30.793.368	BURTNIK CARLOS SEBASTIAN	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 30.723.182	CABRAL GUSTAVO GABRIEL	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 28.556.288	CABRAL JUAN MANUEL	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 26.610.156	CABRERA JUAN RAMON	46			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 17.680.181	CAMACHO JUAN CARLOS	58			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 35.007.996	CANTERO JONATAN ALEJANDRO	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 31.792.664	CARDOZO GUSTAVO LUIS	39			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 26.414.511	CARRIZO ARIEL RICARDO	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 46.303.331	CARRIZO GONZALO DAVID	19			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 23.483.012	CARRIZO JUAN RAMON	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 25.728.069	CASTILLO FRANCISCO ROMAN	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.470.326	CASTILLO SERGIO GERMAN	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 30.149.070	CASTILLO VICTOR RAMON	41			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 40.195.238	CASTILLO WALTER ANIBAL	28			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 19.080.729	CAVIA GUILLERMO	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.841.904	CAVIA MARCELO FABIAN	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.183.840	CRISTALDO ARNALDO RICHARD	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 20.757.343	CRISTALDO NOR GUILLERMO	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 23.483.011	CRISTALDO WALTER WILSON	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.855.037	CUBICHEN ADRIAN JOSE	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 43.832.675	DA SILVA MARCOS RAUL	23			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 36.474.837	DENIS YOU SERGIO	28			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 26.016.687	DUARTE MARTA DELICIA	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 21.758.337	DUTRA HECTOR FABIAN	54			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 28.212.207	DUTRA HUGO ANTONIO	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 23.987.899	EBERHART DANIEL OMAR	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 29.770.964	ESCOBAR EDELMIRO	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 35.005.863	FEDORISCHAK ALDO ESTEBAN	33			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.511.524	FEDORISCHAK JULIAN HORACIO	53			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 41.231.478	FERNANDEZ ENZO ORLANDO	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.040.928	FERNANDEZ LEONARDO ERNESTO	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 31.792.635	FERREYRA ALDO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 29.482.722	FUSZTEY HECTOR JESUS	42			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.040.949	GOMEZ LEONARDO DANIEL	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 30.433.821	GONZALEZ SERGIO OMAR	41			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	Prov.N.P 1.800.599	JAÑEK RAFAEL DOMINGO				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 24.738.995	JARA RAMON ANGEL	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.300.831	KOZUR ALBERTO MARTIN	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 24.537.329	KOZUR HORACIO GUSTAVO	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 17.496.535	KRUSZELNICKI TERESITA JULIA	59			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 34.756.961	LAYH WALTER MAXIMILIANO	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.118.742	LEDESMA JUAN	53			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.638.474	LENCINA DARIO RUBEN	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 20.119.918	LENCINA MIGUEL ANGEL	57			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 40.897.438	MACHADO LUCAS JOSE	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	Prov.N.P 1.663.651	MACIEL GABRIEL DAVID				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 40.507.928	MAIDANA ANTONELA GISEL	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.177.813	MAIDANA CRISTIAN CESAR	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 38.139.013	MARTINEZ ERIC RUBEN	30			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.888.365	MARTINEZ HUMBERTO ARNALDO	44			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 40.919.638	MATLUK CRISTIAN LUIS	27			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.281.653	MATLUK LUIS VICTOR	53			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.583.300	MENDIETA VICENTE ANTONIO	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.638.434	MONTERO JULIO CESAR	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 28.739.581	MOREIRA ARMANDO HORACIO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.622.572	MOROZ SERGIO DAMIAN	47			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 24.105.647	MUSSARD CLAUDIO MARCELO	50			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 34.427.826	NACIMENTO WALTER DANIEL	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 34.895.306	NACIMIENTO ALEJANDRO RAFAEL	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.183.891	NACIMIENTO RAMON ALBERTO	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 18.138.354	NAVARRO CLAUDIO NICOLAS	57			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 43.946.305	NUNEZ GUILLERMO AGUSTIN	23			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 31.792.615	NUNEZ RAFAEL MARIA	39			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 36.456.655	OLINISKI LUCAS ARIEL	31			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 20.757.257	OLIVERA JAVIER GUSTAVO	55			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.352.130	ORTIGOZA RAMON OSCAR	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.057.944	PAVON ISIDRO SEBASTIAN	37			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 16.205.975	PEREYRA DE MATTOS RAMON ANIBAL	61			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 34.895.367	PEREYRA JOSE ROBERTO	35			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 23.531.068	PIÑEIRO RUBEN EMILIO	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 28.556.326	PINTOS DA SILVA JUAN DOMINGO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 22.768.830	RACCONE DIEGO ALEJANDRO	52			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 20.119.966	RAMIREZ IRRITO LUIS	56			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	Prov.N.P 1.800.600	RAMIREZ LEONARDO OSCAR				Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.736.527	RODRIGUEZ DIEGO OMAR	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.066.442	RODRIGUEZ HUGO ORLANDO	51			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 33.638.459	RODRIGUEZ LEONARDO RAMON	36			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 31.760.163	ROJAS CARLOS ALBERTO	39			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

SANCOR SEGUROS

CASA CENTRAL
Ruta Nacional 34 Km 257
Tel. (03493) 428500 (Alternativo 420151)
Fax (03493) 420979
2322 - SUNCHALES (Sta. Fe)

Vida Obligatorio-Dec.1567/74

ANEXO: Detalle de Adherentes

REFERENCIA	NRO. POLIZA	ENDOSO	RAMO	PRODUCTO	ORGANIZADOR	PRODUCTOR	EMISIÓN	ZONA/OFIC	PROPUESTA	TOMADOR
2570956	**2639037**	**2**	1720	1	102226	224279	07/01/2025	109.2	VOR002570956	CUIT 30-65255052-1 ASERRADERO PUERTA DE MISIONES SRL

	ASEGURADO					BENEFICIARIO			VIGENCIA	
Certif	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EDAD	CAPITAL / SUELDO	FECHA INGRESO	Documento	APELLIDO Y NOMBRE	EVENTUAL	DESDE	HASTA
	DNI 31.514.517	ROMERO ANGEL	40			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 37.083.283	SANCHEZ LUCAS MAXIMILIANO	32			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 29.210.922	SANTANA HECTOR EDUARDO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 14.850.984	SAS MARIO ANIBAL	61			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 27.300.843	SUAREZ ROBERTO CARLOS	45			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 43.758.556	TATAREN ADRIAN AGUSTIN	23			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 28.765.708	TELL ANIBAL ORLANDO	43			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.040.918	TRUSSI DARIO RENE	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 42.811.002	VELASQUEZ GUSTAVO ANDRES	25			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 24.738.909	VERON WILSON FABIAN	49			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 34.895.383	VIERA LOPEZ MARIA ANGELICA	34			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 25.622.519	VILLALBA ALFREDO VALERIANO	48			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026
	DNI 32.528.817	ZALAZAR LUIS	38			Prov.J. 156.774	Declarados en formulario de designación de beneficiarios		01/01/2025	01/01/2026

Cantidad de adherentes: 99

ALEJANDRO SIMON
GERENTE GENERAL